UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES POLYPES FIBREUX INTRA-CAVITAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 16 juillet 1948

PAR

Étienne GUIBAL

Médecin auxiliaire de la Marine
Diplômé de Médecine du Travail
Né à MONTPELLIER (Hérault), le 31 mai 1923

Examinateurs de la Thèse

MM. CHARRIER, professeur ..... *Président*
DARGET, professeur .....
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*
MAHON, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0076

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES POLYPES FIBREUX INTRA-CAVITAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 16 juillet 1948

PAR

Étienne GUIBAL

Médecin auxiliaire de la Marine
Diplômé de Médecine du Travail
Né à MONTPELLIER (Hérault), le 31 mai 1923

Examinateurs de la Thèse

MM. CHARRIER, professeur ..... *Président*
DARGET, professeur ..... *Juges.*
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*
MAHON, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1948

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Zoologie et parasitologie	R. SIGAL.
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEU.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOE.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie.	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARS
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNO.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales) ; — DUFOUR (Anatomie) ; MESNARD (Pharmacie).

MAITRE DE CONFÉRENCES :

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N...	Chimie biologique	TAYEAU.
Physiologie	N...	Obstétrique	N...
Médecine générale	BROUSTET.	id.	MAHON.
id.	SARIC.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULA.
id.	BERGOUIGNAN.	Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.	Physique médicale	N...
Chirurgie générale	MASSÉ.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
id.	MAGENDIE.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N...
id.	POUYANNE.	Pédiatrie et puériculture	VERGER.
id.	LAUMONIER.	Méd. légale et méd. du travail.	L'ÉPÉE.
id.	CHAVANNAZ.	Electroradiologie	LACHAPÈLL.
		Odonto-stomatologie	MARONNE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Botanique	GIRARD.
Accouchements	N...	Cryptogamie	GIRARD.
Puériculture	PERY.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGI.
Ophtalmologie	N...	Chimie biologique	N...
Anatomie	RIGAUD.	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Chimie minérale	N...	Pathologie chirurgicale	LAUMONIEL.
		Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PARRAIN

LE DOCTEUR RAYMOND GUIBAL

A MA MERE

A MON PERE

LE DOCTEUR ANDRÉ GUIBAL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier,
Chirurgien des Hôpitaux.

Je leur dois tout.
Humble hommage d'affection, de reconnaissance, d'admiration.

A MES FRERES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Médecin général GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Médaille de la Résistance.

A Monsieur le Médecin en chef SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Médecin des Hôpitaux maritimes,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Médaille d'Argent de l'Education physique.

A Monsieur le Docteur A. POLLOSSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon,
Chirurgien des Hôpitaux.

Pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans la préparation de ce travail, nous lui adressons ici notre reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES DES FACULTES DE BORDEAUX

ET DE MONTPELLIER

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. CHARRIER

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien honoraire des Hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse inaugurale, inspirée par lui; qu'il veuille bien trouver ici tous nos remerciements et notre gratitude pour l'enseignement dont nous avons bénéficié dans son service.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE

DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES POLYPES FIBREUX INTRA-CAVITAIRES

INTRODUCTION

I. — *Vue d'ensemble du sujet.*

Nous ne prétendons pas innover sur cette question de l'hystérotomie abdominale en dehors de ses indications obstétricales, qui a maintes fois été débattue : la littérature médicale de ces dix dernières années nous fournit des références.

Tout au plus avons-nous essayé, dans les pages qui suivent, de rassembler ce qui a été dit, écrit et, à la lumière de ces faits et sous la direction de M. le Professeur Charrier, de nous faire une opinion.

Quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer tout particulièrement Mocquot et Palmer, à Paris; Cotte et Pollosson, à Lyon, ont, soit dans des articles originaux, soit dans des thèses qu'ils ont inspirées, insisté sur l'intérêt de la question et publié les résultats satisfaisants obtenus par eux.

Les thèses de Coulombeix (Paris, 1937), Bouguenault (Lyon, 1945), Mme Gurly (Paris, 1947), enfin Marsaud (Bordeaux, 1948) ont envisagé tour à tour le problème sous des angles divers.

M. le Professeur Charrier a pensé qu'il n'était pas inutile de revenir sur le sujet avec des cas nouveaux qui plaident dans le même sens et qui apportent un intérêt de plus à la question par la connaissance de résultats éloignés (obs. IV : grossesse et accouchement normaux chez une hystérotomisée abdominale).

Nous lui adressons nos remerciements respectueux pour les observations personnelles et inédites qu'il a bien voulu nous transmettre et pour l'intérêt bienveillant qu'il n'a cessé de manifester à notre travail.

Notre reconnaissance va également à M. le Professeur agrégé Pollosson, de Lyon, qui nous a communiqué deux observations personnelles et nous a si aimablement accueilli dans son service.

A M. le Professeur agrégé Labry, de Lyon; à M. le Docteur Palmer, de Paris, qui ont bien voulu nous faire profiter de leurs conseils et de leur expérience; enfin à M. le Docteur Darmaillacq, de Bordeaux, qui nous a confié la thèse inédite de Mme Gurly, inspirée par le Professeur Mocquot, nous renouvelons notre gratitude.

II. — *L'hystérotomie dans le cadre de la chirurgie conservatrice en gynécologie.*

Telle qu'elle se présente et dans le cadre où nous l'envisagerons, l'hystérotomie abdominale représente une intervention éminemment conservatrice. C'est une myomectomie qui franchit la muqueuse utérine et permet ainsi un traitement idéal des polypes fibreux intracavitaires. C'est dans ce sens que Massabuau et Guibal l'avaient déjà située, dans leur rapport au VIII[e] Congrès de gynécologie et obstétrique de Paris en 1933, à côté de la myomectomie pour fibrome.

III. — *Historique.*

Pratiquée au début pour le traitement de l'inversion utérine (Gaillard-Thomas, 1872; Everre et Haultain, 1908), H. Schmidt (1929) publie un cas d'hystérotomie abdominale pour la recherche du diagnostic précoce de chorio-épithéliome « pour éviter les conséquences toujours funestes d'un curetage explorateur qui, en faisant pénétrer des fragments de tumeur dans la circulation, essaimera des germes néoplasiques en provoquant des métastases à marche extrêmement rapide ».

En France, Bonneau, en 1932, fait une hystérotomie pour extraction d'un laminaire qui a perforé l'utérus et ne peut être extrait par voie vaginale.

En 1935, Sauvé, hésitant entre un fibrome et une grossesse, incise un utérus et, au moment de sectionner la muqueuse, « aperçoit à travers la muqueuse utérine la teinte bleutée d'un œuf ». Il referme l'utérus. Les suites furent simples. Pas de fausse couche.

En 1936, Mocquot enlève un polype fibreux intracavitaire par hystérotomie abdominale. Résultats satisfaisants.

Dans la thèse de son élève Coulombeix (Thèse Paris, 1937), il apporte 10 observations de polypes, dont une se termine par une hystérotomie abdominale.

En 1943, Cotte et Pollosson relatent 23 cas d'hystérotomies pratiquées tantôt pour extraire un polype intracavitaire, reconnu avant l'intervention ou au cours de celle-ci (obs. VII, XIII, XIV, XV, XXIII, XIX, XX), tantôt dans un seul but d'exploration utérine ou intra-utérine, voire même de biopsie de la muqueuse corporéale.

Enfin Salasc, d'Alger (*Gyn. et Obst.*, janv. 1948), dans un article récent, nous dit l'intérêt de l'hystérotomie abdominale et apporte 6 cas personnels, dont 3 pour polypes fibreux du fond, 1 pour exploration d'un utérus saignant et rétroversé, 2 pour néo possible du corps (un diagnostic exact, un inexact).

DEFINITION

« L'hystérotomie abdominale est l'ouverture chirurgicale délibérée, suivie de fermeture, de la cavité utérine après laparotomie. »

L'ayant ainsi définie, nous éliminerons d'emblée :

1° la césarienne, hystérotomie qui répond à certaines conditions :

a) utérus gravide à terme;

b) extraction du produit de conception;

2° l'hystérotomie accidentelle, qui survient lors de l'énucléation d'un fibrome interstitiel par myomectomie;

3° l'hystérotomie par voie vaginale, que nous analyserons tout de même en fin de travail comme pouvant entrer dans le traitement des polypes fibreux;

4° enfin, l'hystérotomie abdominale limitée au diagnostic :

— d'une tumeur maligne (Schmidt);

— d'une grossesse (Sauvé).

En général l'indication de l'intervention est étendue au diagnostic et au traitement : elle complète le diagnostic et permet le traitement radical de la lésion, que ce soit un polype muqueux, placentaire ou fibreux.

C'est à ce dernier cas seul que nous limitons notre sujet.

Intérêt de l'hystérotomie abdominale pour polype fibreux intracavitaire.

— Intérêt diagnostique : c'est l'argument suprême de certitude;

— Intérêt thérapeutique : c'est la plus parfaite expression de la chirurgie conservatrice.

EXPOSE DU PLAN

Titre I. — *Observations originales inédites de base.*

Titre II. — *Etude des polypes fibreux intracavitaires* (Rappel d'ensemble).

Définition.
Anatomie pathologique.
Etiologie.
Diagnostic :
Symptomatologie;
Examens complémentaires.
Diagnostic différentiel.
Evolution.

Titre III. — *L'hystérotomie abdominale.*
Technique.
Suites :
immédiates;
secondaires;
éloignées.

Titre IV. — *Etude critique de l'hystérotomie abdominale.*
Avantages.
Inconvénients.
Confrontation de l'hystérotomie abdominale avec l'hystérotomie vaginale.
Contre-indications.
Indications.

Titre V. — *Résumé des observations recueillies dans la littérature.*

Titre VI. — *Conclusions.*

TITRE PREMIER

OBSERVATIONS ORIGINALES INEDITES DE BASE

Observation I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Charrier.)

Mme A... (V.), 33 ans, vient en consultation, le 10 novembre 1940, pour pertes de sang presque continues datant de cinq mois. Cette malade n'a jamais eu de grossesse; elle ne présente pas de signes généraux, sauf une pâleur assez marquée.

Aucune douleur.

Il s'agit de sang rouge, sans caillot, apparaissant surtout dans la station debout.

Plusieurs traitements (hormonaux surtout) ont été envisagés et essayés sans résultats.

Examen. — Utérus augmenté légèrement de volume, un peu irrégulier.

Hystérographie (le 14 novembre). — Elle montre une cavité utérine agrandie nettement et, vers l'ostium uterinum gauche, une image un peu floue, assez irrégulière, laissant soupçonner un polype intra-utérin.

Opération (le 17 novembre). — Le ventre ouvert fait apparaître un corps utérin plus gros qu'il n'avait semblé, un peu ramolli : hystérotomie médiane, polype fibreux du volume d'une très grosse noix; le pédicule est réséqué en entamant un peu la paroi utérine. Sulfamides intracavitaires. Suture.

Suites très simples. La malade n'a plus perdu de sang depuis l'intervention.

Observation II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Charrier.)

Mme V... (A.), 38 ans, vue le 7 janvier 1942. Accuse des pertes rosées, non fétides, datant de plusieurs mois. A subi un curetage six mois auparavant pour ces mêmes pertes, le chirurgien supposant une rétention placentaire. Rien n'a été changé.

Pas de douleurs abdominales, sauf à l'approche des règles.

Cette malade, ayant une activité sociale importante, demande à être opérée de nouveau.

Examen. — Utérus gros, irrégulier, très mobile.

Hystérographie (Dr Lachapèle). — Agrandissement de la cavité utérine; irrégularité des bords et image suspecte vers le fond.

Opération (le 15 janvier). — La laparotomie montre un utérus du volume d'un gros poing avec une masse médiane dure, mais élastique, qui paraît être intra-utérine.

Hystérotomie sur un lit de compresses péritonéales : gros polype fibreux, très facilement énucléable, ligature du pédicule.

Sulfamides intracavitaires.

Guérison simple, sauf température pendant huit jours à 38°, sans autre incident.

Malade perdue de vue.

Observation III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Charrier.)

Mme J... (B.), 32 ans, boulangère. N'a jamais eu de grossesse. Perd du sang par intervalles et, brusquement, hémorragies parfois alarmantes.

A subi divers traitements, dont un traitement radiothérapique à Toulouse qui a amené un arrêt des accidents pendant trois mois.

Examen. — Utérus nettement volumineux, irrégulier, avec quelques noyaux fibromateux perceptibles au toucher vaginal.

Opération (le 5 avril 1945). — Laparotomie. Par myomectomie, trois petits fibromes sont énucléés dans la paroi utérine; mais on sent à travers cette paroi une masse beaucoup plus volumineuse

et plus profonde. L'ouverture de la cavité utérine amène sur un gros polype dont la partie libre est recouverte de fausses membranes épaisses. Extirpation du polype en entamant le point d'implantation, qui est suturé.

Suites fébriles, nécessitant glace et sulfamides; pertes fétides pendant quinze jours.

Tout s'arrange et la malade guérit bien.

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Charrier.)

Mme V..., envoyée par le Docteur Vitrac pour stérilité et examen génital.

L'interrogatoire laisse supposer cependant qu'il y a eu une grossesse avec avortement provoqué plusieurs années auparavant.

La malade, actuellement, désire une grossesse depuis son mariage tout récent.

Hystérographie. — Démontre l'existence d'un fibrome intra-utérin.

Opération. — Hystérotomie. Intervention facile avec énucléation du fibrome intracavitaire (volume d'un petit œuf de poule).

Aucune suite opératoire.

Quelque temps après, la malade est enceinte.

Accouchement le 25 mars 1948. Compte rendu communiqué par M. le Docteur Larue de Charlus, de Biarritz : « Au point de vue grossesse, rien de spécial à signaler. Au point de vue accouchement, cette femme a une tendance à faire marcher de pair sa dilatation et son effacement. Elle est maintenue sous spasmalgine pour éviter toute contraction subintrante ou travail rapide. On termine par un forceps dans l'excavation pour éviter les efforts d'expulsion chez cette primipare âgée.

» Délivrance normale vingt-deux minutes après. Bonnes contractions.

» Suites de couches normales, apyrétiques, sans saignement anormal. Subinvolution utérine, régulière, avec utérus comme une orange le dixième jour, au départ de la clinique. »

Observation V (Originale et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Pollosson, de Lyon.)

Mme P..., 37 ans, envoyée par le Docteur Dumont pour fibrome.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, type 28/4-5.

Dysménorrhée du premier jour.

Trois enfants, pas de fausse couche.

Pas d'affection bacillaire.

Salpingite depuis le dernier accouchement.

Affection actuelle. — Depuis un an, ménorragies de moyenne abondance. Depuis trois mois, ces ménorragies sont devenues plus abondantes, cédant au quatrième jour, reprenant au sixième, pour durer quatre jours environ. Elles inquiètent la malade par leur abondance. Par ailleurs, pas de température, pas de signes anémiques, aucun signe urinaire, aucun signe intestinal.

Le médecin traitant a fait un traitement à base d'Acétostérandryl sans résultat.

Dernières règles le 23 janvier 1948; durée quatre jours. Grande abondance, plus d'un litre.

Examen (Dr Pollosson). — Le 2 février 1948 : Utérus fibromateux, globuleux du fond, portant un fibrome du volume d'une petite orange.

Indication : imprégnation lipiodolée.

Hystérographie (le 5 février 1948) (Dr Pollosson). — Cavité utérine un peu distendue. En son centre, masse arrondie comme une grosse noix (peut-être polype intra-utérin, mais peut-être aussi caillot sanglant).

Sortie le 9 février 1948.

Rentre le 4 mars 1948.

On avait fait 5 piqûres de Stérandryl, et le repos au lit avait calmé les métrorragies. Mais dès le lever, la malade s'est remise à perdre.

D.R. 20 février 1948. Depuis, métrorragies continuelles avec caillots. Etat général touché. Malade pâle, se plaint de céphalées.

G.R. : 3.100.000.

Urines : cellules de desquamation. Urates. Urée, 0,23 %.

Deux transfusions de 500 cm³ de sang frais.

G.R. : 4.300.000.

Opération (20 mars 1948) (Dr Polosson). — Rachi-anesthésie excellente. Utérus du volume d'une petite orange, de consistance fibreuse, dure, avec fond un peu saillant. La palpation attentive permet de retrouver un noyau fibreux inséré sur le fond. On fait donc une hystérotomie transversale du fond utérin avec ouverture de la cavité utérine, où la muqueuse est légèrement hyperplasiée. On peut arriver à énucléer un noyau fibreux comme une noix, sous-muqueux.

Il n'existe pas d'autre polype ou fibrome, et le noyau enlevé correspond bien à l'image de l'hystérographie. Les annexes sont indemnes des deux côtés.

Suture hémostatique à deux plans avec hémostase correcte. En raison de l'utérus lourd, on termine par une ligamentopexie Doléris-Pellanda.

Suites opératoires très simples.

TITRE II

LES POLYPES FIBREUX INTRACAVITAIRES
(Rappel d'ensemble).

I. — *Définition.*

C'est un fibrome sous-muqueux pédiculé.

II. — *Anatomie pathologique.*

On peut distinguer trois types correspondant à la phase d'évolution de la cavité utérine, et dont la différenciation clinique sera d'ailleurs souvent malaisée :

1° *Le fibrome sous-muqueux* largement inclus dans le muscle utérin.

2° *Le polype muqueux* formé exclusivement d'éléments appartenant à la muqueuse aboutissant à de petites masses isolées de plus en plus saillantes.

3° *Le polype fibreux.* — C'est un fibrome développé sous la muqueuse du corps, s'étendant vers la cavité en soulevant de plus en plus cette muqueuse, pour donner naissance à un pédicule qui s'allonge sous l'effet des contractions utérines.

Contrairement au fibrome sous-muqueux, le polype fibreux ne possède pas de capsule, la tumeur étant directement recouverte par une muqueuse amincie et érodée par endroits.

Ils sont généralement de consistance ferme, formés de tissu conjonctif et de fibres musculaires. Leur pédicule, de longueur variable, est formé de muqueuse et d'éléments conjonctifs et vasculaires (Ducuing).

Leur volume, tant qu'ils sont intracavitaires, peut varier de celui d'une noix à celui d'une grosse orange.

Leur nombre est variable. En général unique. Mais il n'est pas rare d'en trouver davantage (Obs. VIII, IX, XII).

III. — *Etiologie.*

Elle est mal connue. On constate toutefois qu'ils se rencontrent surtout dans la deuxième moitié de la période d'activité génitale de la femme et surtout chez celles qui n'ont jamais eu d'enfant ou n'en ont pas eu depuis plusieurs années.

Dans une statistique, relevée à l'hôpital Broca par Mme Gurly, et citée dans sa thèse, on note que :

a) sur 38 observations de polypes fibreux intracavitaires chez des femmes de 30 à 56 ans :

— aucune n'a eu d'enfants depuis moins de sept ans;

— aucune n'avait eu plus de trois enfants.

b) sur 25 cas de polypes fibreux intracavitaires chez des femmes de 30 à 45 ans :

— aucune n'a eu plus de deux enfants;

— 14 n'ont jamais eu d'enfants (soit 56 %).

Ajoutons que, suivant la thèse de Grandclément (Lyon, 1922), les polypes fibreux amènent très fréquemment l'interruption de la grossesse, soit par l'avortement (4 cas sur 9), soit par l'accouchement prématuré (3 cas sur 23). Ce n'est que dans 60 % des cas environ que l'accouchement se poursuit jusqu'à terme.

Seraient-ils un facteur de stérilité ?

Shroeder, dans une statistique portant sur 253 cas de fibromateuses stériles, signale :

9 % de polypes fibreux;
15,7 % de fibromes du col;
24,7 % de fibromes interstitiels;
38 % de fibromes sous-muqueux;
47,8 % de fibromes sous-séreux.

Cette opinion paraît paradoxale à Ducuing, qui verrait plutôt dans les fibromes sous-muqueux et les myomes interstitiels les causes les plus fréquentes de stérilité.

La question est donc débattue, mais reste affirmative.

Enfin, par rapport aux autres types de fibromes, Ducuing trouve 12 polypes fibreux sur 577 fibromes, soit une proportion de 2,1 %, alors que Schwartz et Hepp estiment qu'ils représentent 25 % des tumeurs fibromyomateuses.

(Ex. Ducuing, *Le fibro-myome utérin*, Masson, édit., 1946.)

Leur association avec d'autres types de fibromes n'est pas rare d'ailleurs, comme en témoignent nos observations (III, VIII, IX, XII).

IV. — *Diagnostic.*

A. — Diagnostic clinique.

a) Hémorragie.

C'est en général le premier symptôme et celui qui amène la femme à la consultation. Elle se présente sous la forme :

1° de ménorragies : règles abondantes et prolongées de sept à huit jours;

2° de métrorragies : survenant quelques jours après la fin des règles et pouvant se renouveler une ou deux fois entre les périodes menstruelles, les règles étant normales ou plus abondantes;

3° soit enfin d'hémorragies irrégulières, abondantes et rebelles au traitement, avec des signes d'amélioration transitoires.

b) Leucorrhées.

Elles constituent parfois le seul symptôme, quoiqu'elles soient moins fréquentes que les hémorragies.

Ce sont de petites pertes séreuses, quelquefois irritantes, généralement inodores et incolores ou bien fétides, signant une infection utérine.

On verra dans certains cas, enfin, une véritable hydrorrhée brusque et abondante.

c) Douleur.

C'est un signe non constant. Elle sera évocatrice si elle a le caractère expulsif de la colique utérine et signera un polype en fin d'évolution, sur le point de s'accoucher.

Au début, nous n'observerons qu'une sensation de pesanteur pelvienne et lombaire, surtout vespérale et cédant au repos.

Tels sont les trois signes cliniques principaux qui nous permettront de soupçonner le diagnostic. Il sera dans tous les cas indispensable de le compléter par des moyens complémentaires.

B. — Moyens complémentaires.

a) Toucher intra-utérin.

C'est en présence d'un utérus un peu augmenté de volume et dont le col est entrouvert et saigne, qu'il est indiqué. Après une dilatation préalable du col et sous anesthésie générale, il sera combiné à la palpation abdominale.

Il pourra préciser la situation, le volume du polype, son point d'implantation, et renseignera sur la coexistence possible et fréquente d'autres variétés de fibromes.

Il aura donc son intérêt dans ce cas et pourra être un prélude indispensable à un curetage explorateur.

b) Curetage exploratEur.

Examen nécessitant également dilatation et anesthésie. Pratiqué avec soin, il peut être un bon moyen de diagnostic et de traitement, mais il peut être aussi, et bien souvent, inefficace : polype à long pédicule qui fuit sous la curette. Imprécis parce qu'aveugle, il ne nous renseigne qu'imparfaitement sur l'état de la cavité utérine.

Enfin, même très méthodique, il ne nous empêche souvent pas de passer à côté d'un polype volumineux.

Retenons tout de même son intérêt dans l'examen biopsique auquel il peut aboutir.

c) Hystérométrie.

Elle peut montrer un allongement de la cavité utérine. Mais, outre que l'on peut ne pas percevoir la tumeur en passant à côté, elle ne nous renseigne nullement sur sa nature.

d) Hystérographie.

L'exploration radiologique de la cavité utérine opacifiée représente le procédé de choix dans le diagnostic des polypes fibreux intracavitaires.

Instrumentation. — L'appareil de Riazi, mis au point par Collin, est composé :

— d'une sonde métallique terminée par un bouchon conique;

— d'une seringue métallique de 20 cm^3, dans laquelle chaque demi-tour de piston à vis correspond à l'injection de 1/8 de centimètre cube de liquide injecté;

— un manomètre est branché sur l'appareil.

Technique. — Précautions à prendre vis-à-vis de la malade : vessie et rectum évacués; injection vaginale antiseptique; suppositoire calmant.

La malade étant en position gynécologique, nous mettons en place le spéculum et vérifions l'absence d'hémorragie. Nettoyage du col au Lugol après l'avoir saisi dans une pince de Museux, qui sera solidarisée ensuite avec la seringue.

Nous commençons alors l'injection de liquide opaque. Il est essentiel de procéder très lentement et de surveiller simultanément la pression au manomètre et la progression du lipiodol visible sur l'écran radioscopique. Une pression de 3 à 4 cm. de Hg est suffisante. Cotte et Mocquot insistent sur ce fait qu'une couche mince, une pression basse, en un mot une « imprégnation lipiodolée », permet seule une image correcte du polype. Les images intéressantes ne sont d'ailleurs que transitoires; c'est pourquoi il faudra autant que possible prendre plusieurs clichés, en notant la pression à laquelle chacun est pris. Il sera bon également de prendre un ou

plusieurs clichés de trois quarts, qui permettent seuls de distinguer un polype d'avec un myome sous-muqueux.

Résultats. — Les polypes donnent des images lacunaires arrondies, à bords nets. La lacune peut apparaître, isolée, au centre de l'image utérine (obs. VI : Pollosson); elle peut au contraire paraître rattachée à un bord utérin par un pédicule large ou étroit.

Il est intéressant de signaler, enfin, que, dans le cas de polype intra-utérin, qu'il soit fibreux, muqueux ou placentaire, l'augmentation de la contractilité utérine reconnue à la radioscopie confirme la présence de corps anormaux que l'utérus cherche à expulser (thèse Lonjon).

e) Hystéroscopie.

Elle supplée à l'hystérographie quand on veut avoir un complément d'information, mais n'est pas d'un usage courant.

Instrumentation. — C'est l'appareil de Segond modifié. Il comporte :

a) Un tube extérieur du calibre de 10 des bougies de Hégar muni d'un mandrin à extrémité conique;

b) Dans ce tube coulisse la partie principale, ou berceau.

Cette partie comprend le système laveur, l'éclairage, une optique foroblique et les instruments opérateurs (pince à biopsie). Il peut être solidarisé avec le tube extérieur.

L'optique foroblique a l'avantage de permettre non seulement la vision en bout, mais aussi la vision latérale, ce qui favorise l'exploration de toute la cavité.

Technique. — Elle ressemble un peu à celle de l'urétroscopie par la difficulté que crée l'absence de recul.

Une dilatation légère jusqu'au n° 10 de Hégar ou mieux n° 30 de Douay est nécessaire. On l'obtient facilement après anesthésie du col et de l'isthme, ou, mieux, après une anesthésie paramétrale.

Dans l'orifice cervical préalablement fixé et dilaté progressivement, on introduit le tube extérieur muni de son mandrin

jusqu'au fond de l'utérus. Puis, ayant retiré le mandrin, on lave la cavité à l'aide d'un courant d'eau stérile jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

Le berceau est alors mis en place et l'on peut commencer l'exploration. Pour avoir la vision des parois utérines, il faut les écarter de l'optique. On utilise la pression de l'eau en obturant l'orifice de sortie; mais on ne doit pas faire passer le liquide dans les trompes, on s'exposerait à leur infection. Pour une bonne hystéroscopie, une pression de 60 à 65 millimètres d'eau est suffisante et ne doit pas être dépassée; encore ne faut-il pas la maintenir trop longtemps.

La vision est excellente si rien ne saigne; sinon, on lave et on attend; parfois de l'adrénaline ajoutée à l'eau de lavage facilite l'arrêt de l'hémorragie.

Pour faire l'hystéroscopie proprement dite, on explore l'endomètre en retirant peu à peu l'appareil, et, en faisant à chaque centimètre un tour complet d'horizon, on arrive ainsi à voir toute la cavité.

Les contre-indications de cette exploration sont les mêmes que pour l'hystérographie et les autres manœuvres intra-utérines.

Résultats et interprétations. — Dans le cas du polype, en reculant l'hystéroscope, on voit tout à coup une masse rougeâtre se placer devant l'optique et en obscurcir le champ; mais, en reculant davantage, on peut avoir une idée plus juste de l'aspect de cette masse.

C'est le plus souvent une masse rougeâtre, lisse, plus ou moins vascularisée, de volume variable; parfois elle est visible tout entière dans le champ; d'autres fois on ne peut en voir qu'une partie et l'on est obligé de déplacer l'hystéroscope pour l'examiner en totalité. On peut ainsi apprécier sa forme ovoïde ou grossièrement sphérique, ses connexions avec la paroi utérine, et on peut juger de l'épaisseur du point d'implantation du pédicule, on se rendra compte de la mobilité de la tumeur.

D'autres éléments sont fournis par cet examen : l'état de la

muqueuse utérine est visible; elle est le plus généralement normale en cas de polype fibreux; fréquemment boursouflée, tomentueuse, d'aspect hyperplasique en cas de polype muqueux.

L'on peut surtout découvrir d'autres lésions que l'hystérographie n'avait pas démontrées de façon certaine, un petit polype du fond ou d'une corne, d'autres fois un fibrome sous-muqueux, se présentant comme une saillie de la paroi ne pouvant être mobilisée; une petite masse violacée d'aspect uniforme, sessile, saignant sous le contact de l'appareil, fait penser au cancer et réclamera la biopsie, que l'on pratiquera sous le contrôle de la vue pour éliminer le diagnostic parfois difficile avec celui de polype.

C. — Diagnostic différentiel.

Malgré la variété des différents examens que nous venons d'envisager, il n'est pas absolu sur leur résultat un diagnostic ferme.

Disons que l'hystérographie reste malgré tout le moyen le plus fidèle et le plus couramment employé. Encore faudra-t-il interpréter l'image qu'elle nous donne et ne pas affirmer à tort un polype. C'est là que réside la première difficulté.

a) Il s'agit d'un polype isolé.

1° *Sa nature.* — Nous aurons une image lacunaire centrale ou latérale, parfois au niveau d'une des cornes.

Les contours arrondis, réguliers, nets, feront préjuger de la bénignité de la lésion.

En faveur du polype fibreux : une cavité légèrement agrandie, la possibilité de déceler le pédicule par opposition au polype muqueux dont le pédicule serait plus difficile à percevoir et dont l'image lacunaire serait plus petite.

2° *Distinction entre polype fibreux et fibrome sous-muqueux.* — Si le fibro-myome siège sur une face de la cavité utérine, nous observerons une image arrondie s'effaçant au fur et à mesure du remplissage.

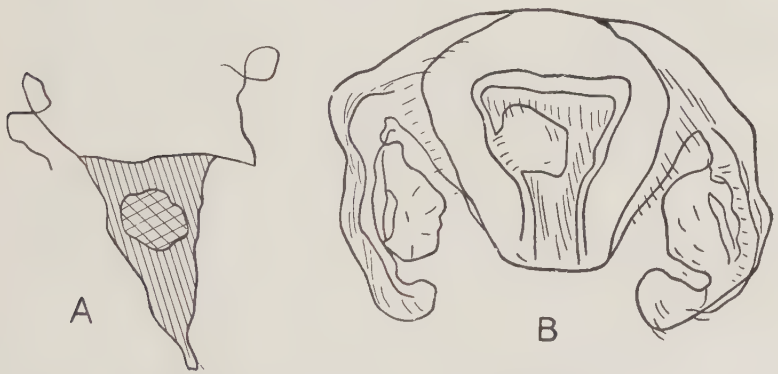
Sur le cliché de trois quarts, l'image lacunaire devient arrondie, on ne voit jamais de pédicule.

Si, au contraire, le fibro-myome siège sur un bord utérin, nous aurons l'image classique d'encoche de ce bord.

Mocquot et Palmer rapportent, dans *Paris médical* du 1er décembre 1936, l'histoire d'un polype fibreux pris pour un myome sous-muqueux :

« Il s'agit d'une femme de 40 ans dont les dernières règles, normales, datent du 23-28 décembre et qui a présenté une métrorragie du 31 décembre au 3 janvier 1935.

» A l'examen, on constate un utérus un peu gros. L'hystérographie, pratiquée le 7 janvier 1935, montre une cavité agrandie, avec une tache ovalaire plus claire. On porte le diagnostic de myome sous-muqueux. On procède à une hystérectomie subtotale le 12 janvier (Prof. Proust). Guérison. »



Hystérographie. Pièce opératoire.

Polype pris sur un myome sous-muqueux.

L'ouverture de la pièce montre qu'il s'agit en réalité d'un polype. Les auteurs concluent : « deux radios de trois quarts auraient probablement évité cette erreur ».

3° *Le diagnostic du polype placentaire.* — L'image donnée sera sensiblement la même que celle du polype muqueux. Toutefois l'étude des antécédents, avec une fausse couche remontant à plusieurs mois, ou parfois même dissimulée,

l'utérus gros, le col fermé, enfin l'image lacunaire mais à contours moins réguliers, permettent d'y penser.

Ces deux types de polypes : muqueux et placentaire, sont à éliminer, car ils sont le plus souvent justiciables au point de vue thérapeutique d'un simple curetage.

b) Diagnostic de la fibromatose interstitielle.

En dehors de signes cliniques particuliers, l'image radiographique sera susceptible de nous renseigner :

1° D'une part, sur le nombre des noyaux fibromateux et leur localisation :

— unique : cavité utérine agrandie et déformée;
— double : s'ils sont situés de chaque côté, la cavité est comprimée et diminuée;
— multiple : cavité agrandie et déformée; images à contours découpés, mais toujours nets et précis.

2° D'autre part, deux tests sont intéressants à rappeler pour éliminer un polype fibreux d'avec un fibrome :

— l'inefficacité habituelle de traitement hormonal sur le polype (obs. I, V, VI, XIV, XVII);
— l'inefficacité habituelle de traitement radiothérapique sur le polype (Ducuing, in *Fibro-myome utérin*, p. 332) (obs. III, XVII).

c) Diagnostic d'une tumeur végétante intra-utérine.

Nous pensons essentiellement au cancer du corps utérin avec de gros bourgeons faisant irruption par le col, et pour lequel le contexte étiologique et clinique fixera surtout les idées. Son image radiographique sera également lacunaire, mais à contours très accidentés, déchiquetés.

Enfin, une dernière erreur à éviter est de prendre pour un polype un caillot sanglant intra-utérin, dont l'image pourra prêter à confusion. Dans ce cas, le traitement hormonal et le repos seront tentés. Si les hémorragies réapparaissent, on pourra contrôler cette ombre cavitaire et intervenir (obs. V).

V. — *Evolution des polypes fibreux.*

a) Accouchement dans le vagin.

C'est l'éventualité la plus fréquente, mais elle est tardive et n'entre plus dans le cadre de notre étude. Un col ramolli ou entrouvert, des douleurs à type expulsif, en seront les signes prémonitoires.

b) Nécrose.

Pouvant être aseptique au début et le demeurer. Mais la nécrose septique est une éventualité plus fréquente. Le sphacèle qui se produit est le résultat de l'ischémie et de l'infection. L'état général s'altère, l'organisme est anémié par les pertes de sang et infecté par les résorptions toxiques qui se produisent au niveau de l'utérus. Les manifestations cliniques en seront : l'anémie (obs. V, X, XI, XVII, XX), les pertes fétides et la fièvre (obs. II, XV).

Dans ce dernier cas, Carpentier (thèse Nancy, 1935) préconise l'hystérectomie. Nous verrons au chapitre des indications ce qu'il faut penser de cette opinion.

c) Dégénérescence maligne.

La transformation maligne des polypes utérins est une complication rare, mais possible. Elle est décelable par une aggravation des signes fonctionnels et physiques, et surtout par l'examen histologique. C'est un cancer peu sévère et curable. L'hystérectomie totale est la seule chance de guérison définitive (Chichcoff, thèse Bordeaux, 1932).

TITRE III

L'HYSTEROTOMIE ABDOMINALE

Après cette première étape, indispensable, mais d'où ne jaillira pas toujours la lumière, l'hystérotomie reprend ses droits comme « argument suprême de certitude » et comme moyen idéal de traitement.

I. — *Technique.*

a) Préparation de la malade et anesthésie.

La préparation est commune à toute intervention gynécologique; elle doit avoir lieu loin des règles.

Pour l'anesthésie, insistons sur les précautions spéciales à observer chez des malades qui ont saigné parfois abondamment.

b) Incision de la paroi.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ou incision de Pfannenstiel, selon les habitudes et les préférences de chacun.

c) Protection de la cavité péritonéale.

Elle doit être particulièrement soignée. M. le Professeur Charrier opère sur un lit de compresses péritonéales pour éviter que les anses intestinales ne viennent au contact de l'utérus.

d) Préhension de l'utérus.

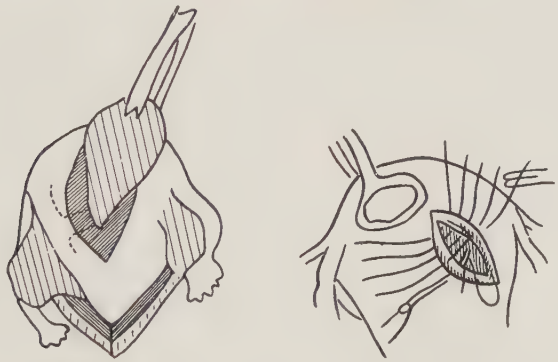
Il ne faut pas employer ici des pinces de Museux; d'autre part, le fond utérin doit être libre. Mocquot recommande de maintenir l'utérus par deux anses de catgut passées sous chaque ligament rond.

e) Incision utérine.

M. Charrier, ainsi que M. Cotte, la font verticale et médiane sur la face antérieure; M. Chalier, en fer à cheval empiétant également sur la face postérieure. Elle peut être transversale du fond (obs. V : Pollosson). Marsaud insiste, dans sa thèse, sur l'intérêt du bistouri électrique, qui permet une hémostase de la tranche et un clivage plus facile des tumeurs.

f) Incision du péritoine.

Cette incision de l'utérus peut être faite d'emblée ou bien précédée d'un décollement du péritoine, auquel le Professeur Cotte attache une grosse importance : « On décolle le péritoine au niveau des deux lèvres de l'incision, sur toute



Exérèse du polype. Fermeture de la plaie utérine.
(D'après Mocquot et Rudler.)

sa longueur et sur une largeur d'environ 1/2 cm. à 2 cm. C'est le temps le plus important. Le bistouri est tenu de la main droite, une pince à dents de souris de la main gauche Le travail de l'aide consiste à fixer le myomètre près du point de décollement par le bistouri. Celui-ci doit agir dans une direction tangente à l'utérus pour trouver un plan de clivage entre la séreuse et le muscle utérin, de manière qu'il y ait le moins de fibres musculaires possible décollées avec la séreuse. Il est bien certain qu'on ne peut pratiquer un décollement purement séreux, mais il ne faut pas que la couche musculaire décollée avec la séreuse ait une épaisseur supé-

rieure à 2 ou 3 mm. » (*In* thèse de Bouguenault, citée par Marsaud.)

Ce décollement péritonéal préalable sera des plus utiles au moment de la fermeture.

g) Suture utérine.

Il importe avant tout, dans cette suture, de ne pas perforer la muqueuse, ce qui serait une voie d'infection de la tranche. Suture en deux plans. Grâce au décollement péritonéal, Cotte termine par un plan séro-séreux.

M. le Professeur Charrier complète la péritonisation en ramenant la vessie sur l'utérus (Pestalozza).

h) Drainage. Antisepsie.

Le drainage est indispensable lorsqu'il persiste un suintement au niveau de la tranche de la suture.

Enfin la mise en place de sulfamides intracavitaires est de règle.

II. — *Suites.*

a) Immédiates.

Shock. — Nous n'en avons pas relevé un seul cas dans les quelque trente observations d'hystérotomie pour polype que nous avons parcourues.

Hémorragie. — Un seul cas, publié par Mocquot (*Gyn. et Obst.*, Paris, 1946, obs. X), survenu au moment de la section du pédicule. Hémorragie assez abondante que la coagulation n'arrête pas. On la maîtrise en passant deux points de catgut dans l'épaisseur de la paroi utérine. Encore l'auteur l'impute-t-il à une erreur commise sur la date des dernières règles de la malade, l'opération ayant lieu alors que les suivantes étaient toutes proches.

b) Secondaires.

Elles sont simples en général. Durant deux ou trois jours, les malades perdent en rouge comme des règles abondantes. La température s'élève entre 38° et 38°5 (obs. Cotte et Pol-

losson-Charrier). Les pertes peuvent même devenir fétides pendant quelques jours (obs. II : Charrier). Avec du soludagénan ou de la thiazomide, l'apyrexie est acquise vers le cinquième jour. La malade se lève vers le douzième jour et quitte la clinique entre le quinzième et le vingtième jour (Cotte et Pollosson).

M. Charrier signale tout de même un cas de phlébite pelvienne du ligament large ayant apparu quelques jours après l'intervention nécessitée par un polype infecté intracavitaire. Guérison.

Nous reviendrons sur la question de l'infection.

c) Eloignées.

Il s'agit évidemment de l'avenir obstétrical des malades hystérotomisées. En 1936, Mocquot écrivait, à la suite de sa première observation : « Il reste à examiner si cette incision de la paroi utérine ne présente pas d'autres inconvénients au point de vue de la solidité de l'utérus, dans le cas où surviendrait une grossesse. J'ai pensé qu'elle ne devait pas en avoir plus que celles qui sont pratiquées pour l'extirpation de myomes interstitiels ou par l'incision césarienne. »

En fait, la plupart des chirurgiens ne suivent que rarement leurs hystérotomisées au point de vue de leur avenir obstétrical, assurés qu'ils sont de son déroulement normal.

C'est pourquoi les observations de grossesse ultérieure à une hystérotomie ne sont guère rapportées dans la littérature médicale.

D'après Salasc (*Gyn. et Obst.*, n° 1, 1948), l'avenir obstétrical est celui des hystérotomies fundiques. Les 10 % de rupture utérine en fin de grossesse ou pendant le travail que l'on observe, dans les séries les plus mauvaises [1], après césarienne corporéale, ne seraient pas une raison pour se priver de cette excellente intervention.

Nous sommes en mesure d'apporter deux cas de grossesse et accouchement normaux après hystérotomie abdominale (obs. inédites IV, VII, VIII).

---

(1) Elles s'élèvent en général à 1 ou 2 % d'après les classiques.

TITRE IV

CONSIDERATIONS SUR L'HYSTEROTOMIE ABDOMINALE

ETUDE CRITIQUE

I. — *Avantages.*

L'intérêt est double.

a) Au point de vue du diagnostic d'une polypose utérine, il n'est pas besoin de souligner l'avantage offert par la laparotomie à ciel ouvert. Nous avons un moyen d'exploration idéal de la cavité utérine par le palper immédiat combiné au toucher intra-utérin après section de la tranche utérine.

La biopsie de la muqueuse procède d'ailleurs souvent d'une hystérotomie et en constitue la première indication (*in* thèse Marsaud, 5 observations).

Aussi, pour imaginer ce que nous voulons dire, nous n'hésiterons pas à employer pour l'hystérotomie la formule que Ollier appliquait à la résection dans le traitement des arthrites suppurées : « L'hystérotomie abdominale est la plus haute expression de l'exploration de la cavité utérine. »

b) Au point de vue thérapeutique, elle nous paraît un moyen radical de traiter un polype fibreux aussi bien qu'une fibromatose interstitielle (obs. III, VIII et IX, XIII) suivie ou non d'hystérectomie si le nombre des noyaux est trop important.

Enfin, cette intervention se pratiquant chez des femmes dont l'activité génitale en fait la plus sûre indication, il n'est pas négligeable de dire que les possibilités de grossesse demeurent intactes, tout comme après une césarienne ordinaire.

II. — *Inconvénients.*

Ils seront communs à ceux de toute laparotomie. Remarquons d'abord que le shock opératoire n'existera vraiment qu'en présence de femmes débilitées, amoindries ou tarées. La question d'âge avancé n'intervient pas ici, car il ne s'agira plus alors d'intervention conservatrice.

La question de l'infection nous retiendra davantage et pourrait même constituer une contre-indication et commander une hystérectomie.

Cotte et Pollosson insistent sur cette idée que, « lorsque le col est fermé et qu'il n'y a pas de lésion de métrite cervicale ou de salpingite concomitante, on peut considérer la cavité utérine comme pratiquement aseptique ».

Ceci est valable pour le polype fibreux non infecté. Or, les auteurs publient dans le même article un cas mortel (le seul sur les 23 cas publiés) chez une malade ayant fait, cinq mois avant, une fausse couche et chez laquelle une hystérotomie exploratrice et l'extirpation d'un polype infarcié se révèlent insuffisants puisque la malade meurt de septicémie le sixième jour (obs. publiée n° XV).

Il est donc permis de se demander si, dans des cas comme celui-ci, de polype infecté, on n'est pas trop conservateur en proposant l'hystérotomie : c'est alors l'hystérectomie subtotale que nous discuterons. Nous y reviendrons dans le chapitre des indications.

Nous allons d'abord, dans le paragraphe suivant, nous demander si une opération plus bénigne encore que l'hystérotomie abdominale, et par conséquent plus en rapport avec la bénignité de la lésion en cause, ne serait pas souhaitable. Nous voulons parler des indications de l'hystérotomie par voie vaginale.

III. — *Confrontation de l'hystérotomie abdominale avec l'hystérotomie vaginale.*

A. — Technique de l'hystérotomie vaginale.

Elle a été précisée par Mocquot dans la thèse de Mme Gurly (Paris, 1947).

Après une dilatation préalable aux laminaires ou extemporanée aux bougies, on fait une colpotomie antérieure par incision transversale. On sépare par décollement la vessie de l'utérus. La vessie, repoussée jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, est maintenue par une valve.

Ayant placé deux pinces de Museux sur la lèvre antérieure du col, on la fend aux ciseaux suivant une ligne médiane sur la partie inférieure du corps.

Si le cul-de-sac vésico-utérin est ouvert au cours de l'incision, on le ferme par deux points de suture de chaque côté de la ligne médiane.

On écarte alors les bords de l'incision. Si le polype est visible, on l'attire au dehors.

— Pédicule grêle : rupture par torsion.

— Pédicule volumineux : section aux ciseaux et au bistouri électrique. On assure l'hémostase par quelques points de suture.

On fait un curetage de la cavité si la muqueuse est hyperplasiée. La fermeture de la section utérine se fait à points séparés en X, au catgut, en prenant toute la paroi musculaire, mais non la muqueuse.

La plaie de colpotomie est laissée ouverte et rétrécie à ses deux extrémités si elle est trop large. Laisser simplement une compresse qui sera retirée le lendemain.

Les suites sont simples.

B. — Indication thérapeutique.

L'hystérotomie vaginale se présente donc comme une intervention éminemment bénigne et s'adressant particulièrement :

1° aux polypes dont le point d'implantation est bas situé;

2° à certaines conditions anatomiques : vagin large, utérus abaissable.

Dans cet ordre d'idées, d'après l'auteur, chez des malades n'ayant jamais eu d'enfants (56 % d'après sa statistique), la voie vaginale ne s'est pas déclarée satisfaite;

3° aux femmes en état de moindre résistance devant le traumatisme opératoire (obs. VI).

Reconnaissons que, par rapport à ceux de la voie abdominale, les avantages sont certains :

— le shock opératoire est moins à craindre que devant une laparotomie;
— le danger d'infection est moindre, car le péritoine n'est, en principe, pas ouvert;
— enfin, l'avenir de la paroi utérine est handicapé au minimum, puisque l'incision ne porte que sur le segment inférieur.

Mais cela est théorique. Nous allons voir, à la lumière des observations publiées par l'auteur, que, pour ce qui est tout au moins du traitement des polypes fibreux intracavitaires, la voie vaginale présente de sérieux inconvénients.

En dehors des trois conditions énumérées plus haut, et sur lesquelles insiste l'auteur :

— polype bas situé;
— vagin assez large;
— utérus abaissable,

qui sont assez rarement réalisées, nous remarquerons :

1° Que le danger d'infection péritonéale existe, car, pratiquement, l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin est presque constante (4 observations dans la thèse de Mme Gurly sur 7 cas d'hystérotomie vaginale publiés).

2° La difficulté de l'exploration utérine : on travaille véritablement « à l'aveugle et dans un tunnel ». L'observation de Pollosson est, à ce point de vue, significative, et la difficulté

qu'il a eue à décortiquer la tumeur dans cet endroit canal lui a rappelé « l'énucléation d'un adénome prostatique ». Nous le citons plus bas.

3° L'imperfection et les embûches présentées par la suture utérine faite à bout de doigt. A plus forte raison quand on a été obligé de fendre l'utérus sur toute sa longueur (obs. IV et IX de Mme Gurly).

4° Les suites éloignées enfin, l'avenir de la paroi, ne paraissent, dans ces conditions, ni plus ni moins compromises que dans l'hystérotomie abdominale.

Elles ne sont d'ailleurs pas envisagées dans la thèse précitée.

*
* *

Observation VI (Originale et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Pollosson.)

Hystérotomie vaginale.

Mme Th..., 34 ans, vient pour des ménorragies.

R = 25/5. Depuis un an, ménorragies. Règles indolores. Pas de pertes blanches.

Mariée depuis quinze ans : ni grossesse, ni fausse couche.

Aucune histoire abdominale ou pelvienne.

Bonne santé habituelle. Pas de pleurésie.

Traitée en ville depuis six mois avec Testostérone et Progestérone (sans succès).

Examen (9 janvier 1948). — Utérus un peu gros, mais en bonne place. On ne perçoit aucune tumeur fibreuse.

Col sain, annexes non perçues.

Obésité assez marquée.

En résumé : ménorragies; stérilité.

Nouveaux traitements avec Testostérone (200 mg.) sans succès.

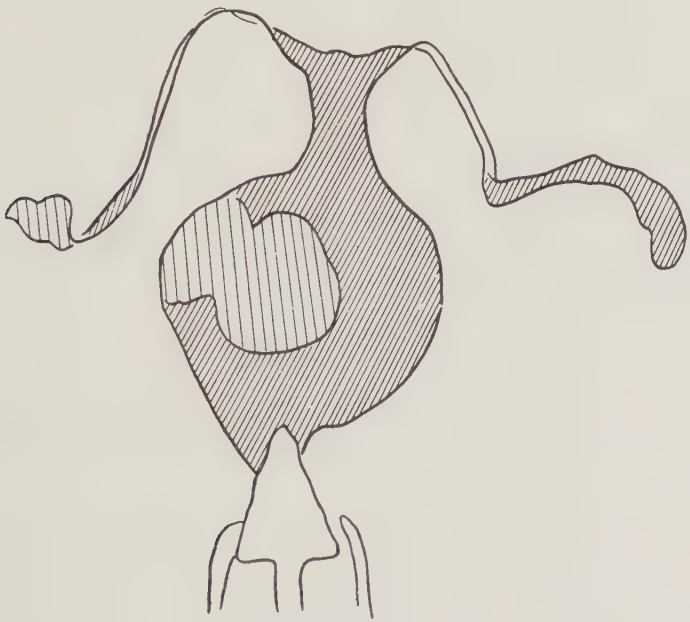
Hystérographie (9 février 1948). — Image extraordinaire d'une énorme cavité sus-isthmique (orange) dominée par un petit utérus

avec cavité utérine normale et trompes perméables au contrôle le lendemain.

Interprétation malaisée. On pense cependant, étant donné une ombre arrondie, à un polype fibreux.

Conseil. — Intervention par voie basse commençant par une exploration intra-utérine.

Intervention (Dr Pollosson) (6 mars 1948). — Rachi excellente. Grande difficulté de voie d'abord, car vagin étroit et profond. Dilatation de l'isthme à la bougie de Hégar jusqu'au n° 16 ne permet pas de sentir quoi que ce soit. Colpotomie antérieure permettant la libération de la face antérieure de l'isthme et le relèvement de la vessie.



Hystérographie (obs. VI).
Enorme cavité sus-isthmique.

Hystérotomie antérieure par fente antérieure du col et de l'isthme.

Myomectomie très difficile. On saisit tout d'abord avec de fortes pinces de Museux, un polype fibreux du volume d'une prune, mais celui-ci descend mal et on a l'impression qu'il y a derrière lui une

masse plus importante. On arrive, par des tractions sur le polype, à décortiquer peu à peu une masse fibreuse du volume d'une orange — fibrome banal sans nécrobiose. Cette décortication, faite au doigt et avec la pointe de ciseaux courbes, est très malaisée. Il faut tirer fort.

Intervention cependant peu hémorragique. Reconstitution du canal isthmique et du col sur une mèche imbibée de pénicilline et de sulfamide. Dans le vagin, on verse 10 grammes de poudre sulfamidée.

Suites simples.

*
* *

On vérifiera dans deux ou trois mois le canal cervical et la cavité utérine par une nouvelle hystérographie. L'auteur espère que ces conditions seront favorables à une grossesse très désirée.

*
* *

Résumons-nous donc et voyons ce qu'il faut enfin penser de l'hystérotomie abdominale, opération conservatrice, et, d'abord, quelles sont ses contre-indications.

IV. — *Contre-indications.*

En dehors de la possibilité de grossesse, qui ne doit jamais être méconnue et dont Sauvé, en 1935, fit la dangereuse expérience, nous pensons :

— Qu'un polype fibreux en voie d'accouchement avec un col partiellement dilaté est justiciable d'une exérèse par torsion sur son axe ou d'un morcellement par voie vaginale après dilatation du col.

« Le problème est ici beaucoup plus simple, dit Pollosson, quoique entaché parfois d'accidents infectieux imprévisibles. La pénicilline et les sulfamides paraissent nettement fournir une sécurité nouvelle. »

— Que l'âge de la malade est déjà un facteur plus impor-

tant. Il est évident qu'une femme aux approches de la ménopause, et dont le polype sera souvent associé à un noyau fibromateux ou pourra constituer une menace de dégénérescence maligne, se verra infliger une intervention radicale.

Enfin, la question de l'infection mérite une discussion plus serrée. Nous savons qu'elle est favorisée par toute tumeur intra-utérine. La fièvre, les pertes leucorrhéiques, les écoulements muco-purulents ou purulents, leur odeur fétide ou non, renseignent sur le degré d'infection.

Celle-ci peut se borner au sphacèle de la tumeur ou à une endométrite. Est-il prudent de faire une intervention intra-cavitaire qui peut aggraver les lésions ?

A priori, les dangers sont les mêmes que ceux qui se présentent au cours d'une hystérectomie quand on ouvre l'utérus (subtotale) ou le vagin (totale). Le cas est fréquent dans l'hystérectomie totale pour cancer du corps, et nous savons qu'à l'heure actuelle les infections péritonéales consécutives à ces interventions sont exceptionnelles.

C'est ici le lieu d'insister sur les précautions fondamentales auxquelles le Professeur Charrier attache, à si juste titre, une si grande importance : indépendamment du renouvellement immédiat des gants, instruments et linges opératoires souillés, l'isolement minutieux de l'utérus par rapport aux autres organes intrapéritonéaux, au péritoine lui-même, à la paroi ouverte, à l'aide d'un lit de compresses ou de champs qui recouvre et écarte intestin, péritoine et tranche pariétale.

Le professeur Pollosson, sans vouloir être systématique, lorsqu'il y a une infection certaine et même simplement lorsque l'orifice interne est ouvert, exprime sa méfiance et écarte l'hystérotomie abdominale. En somme, pour lui, toute annonce d'accouchement du polype la contre-indique.

Le Professeur Charrier, tout en se gardant d'être aussi systématique et de vouloir ériger en exemple un cas heureux, cite volontiers l'observation d'une malade chez laquelle il fit une hystérotomie malgré des signes certains de polype infecté. Précautions aseptiques rigoureuses. Suites bonnes.

Pour lui donc, l'infection de la cavité utérine : endomètre ou polype, n'est pas une contre-indication formelle à l'hystérotomie abdominale; mais le cas doit être scrupuleusement étudié et, si l'on décide l'intervention, ce ne peut être que sous le couvert de précautions d'isolement qui ne sont jamais poussées trop loin. Il y a là une question d'appréciation clinique et de tactique opératoire dans laquelle la personnalité et l'expérience de l'opérateur dictent sa décision.

Dernière incidence du rôle de l'infection : que faire dans les cas où il y a des lésions annexielles en évolution ?

On risque une extension des lésions, voire même une septicémie en essayant de mobiliser l'utérus et à plus forte raison si on ouvre sa cavité pour atteindre la tumeur.

Remarquons d'abord que l'hystérotomie, par la laparotomie qu'elle implique, permet de faire avec la plus extrême précision le bilan des lésions annexielles.

Nous pouvons, croyons-nous, exprimer l'opinion courante en disant que, en présence de lésions annexielles aiguës, l'hystérotomie abdominale isolée paraîtra imprudente, insuffisante ou prématurée, l'annexite, suivant les cas, devant conduire soit à une exérèse qui sera l'annexectomie ou même l'hystérectomie, soit à l'abstention momentanée pure et simple.

Voilà donc le champ de l'hystérotomie réduit à ses justes proportions. Il nous reste maintenant à définir de façon précise ses indications.

V. — *Indications.*

Toutes les fois que le diagnostic de polype fibreux intracavitaire s'impose indiscutablement, en dehors des complications infectieuses aiguës et dans les conditions où la nécessité de conservation est impérieuse (obs. I, II, III, IV, V, etc.).

Quand, sans être prévue, l'hystérotomie abdominale est rendue nécessaire par les circonstances cliniques (siège du polype imprécis, suspection d'autres polypes, de fibromes interstitiels concomitants), il s'agit d'une hystérotomie explo-

ratrice qui sera toujours abdominale et pourra être suivie d'hystérotomie (obs. XV).

Enfin, si l'on est sûr que le polype est la seule lésion et qu'il est bas situé, on pourra faire une hystérotomie vaginale, surtout dans les conditions de moindre résistance de la malade (obs. VI).

TITRE V

RESUME DES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTERATURE

Observation VII.

(A. Chalier, in *Lyon chirurgical*, mars-avril 1944.)

Extirpation par hystérotomie d'un myome intra-utérin chez une femme stérile : grossesse consécutive.

Femme de 39 ans. Mariée deux fois. Pas d'enfant. Consulte pour stérilité.

Antécédents : Syphilis ancienne régulièrement traitée.

Examen : Noyau fibromateux gros comme un œuf de pigeon dans moitié étroite de l'utérus.

Hystérographie : Image caractéristique d'une masse implantée dans la région de la corne droite.

Intervention : Hystérotomie abdominale; fente vertico-médiane en fer à cheval au bistouri électrique. Enucléation de la tumeur.

Suites : Signe de grossesse deux mois après.

Traitement : Lutogyl.

Apparition de petites hémorragies ne cédant pas au traitement classique. Fausse couche un mois plus tard.

L'auteur impute cet insuccès :

1° à l'état syphilitique antérieur des deux conjoints, bien que les réactions spécifiques soient négatives;

2° sur l'apparition prématurée d'une grossesse dans un utérus dont la muqueuse se prêtait mal à une nidation de l'œuf parce qu'insuffisamment cicatrisée.

Observation VIII.

(M. Mocquot, *in* thèse Mme Gurly, *Paris*, 1942.)

Hystérotomie abdominale suivie de grossesse.

Femme de 36 ans. Vient consulter pour ménorragies rebelles depuis un an. Mariée. Pas d'enfants. Pas de fausse couche.

Examen : Douleurs, méno-métrorragies; corne droite volumineuse; utérus augmenté de volume, déformé, assez dur.

Intervention : Hystérotomie abdominale sur la ligne médiane, en avant. Ablation de deux polypes du volume d'une amande et d'une noix. Ablation d'un myome interstitiel au niveau de la tranche utérine. Fermeture. Points en X ne prenant pas la muqueuse à points invaginants. Péritonisation à la Pestalozza.

Suites : Signe de grossesse quatre mois après. Accouchement normal d'une fille vivante. Légère infection consécutive à rétention placentaire. Révision utérine. Actuellement en bonne santé.

Observation IX.

(Cotte, in *Lyon chirurgical*, 1944.)

Un cas de grossesse après myomectomie et ouverture de la cavité utérine en avant et en arrière.

Femme de 30 ans. Mariée depuis deux ans. Vient consulter pour règles de plus en plus douloureuses.

Examen : Utérus polyfibromateux dont le fond est à mi-hauteur de l'ombilic.

Intervention : Conservation à tout prix. Laparotomie. Incision et Pfannenstiel. Utérus bourré de myomes et peu mobile.

On enlève un noyau au niveau de la corne gauche, qui est ouverte. On profite de cette ouverture pour explorer la cavité. Cinq noyaux myomateux sont énucléés. Brèche postérieure permet l'énucléation d'autres noyaux dont le plus gros du volume d'une mandarine. Au total, 16 noyaux sont enlevés. Suites simples. Accouchement normal deux ans plus tard.

Observation X.

(M. Moquot, in *Gyn. Obst.* Paris, séance 9 nov. 1936.)

Polype intracavitaire de l'utérus enlevé par hystérotomie abdominale.

Femme de 36 ans. Vient consulter pour hémorragies utérines apparues il y a six mois. Règles douloureuses. Pertes blanches. Etat général affaibli.

Antécédents : Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Examen : Utérus un peu gros et dur, surtout à droite.

Hystérographie : Image lacunaire partie supérieure et droite de la cavité. Trompe droite perméable.

Diagnostic porté : Polype intra-utérin.

Intervention : Voie vaginale rejetée parce que col non dilaté et que l'exploration sera impossible.

Hystérotomie abdominale. Fente verticale de l'utérus. On passe des fils dans la paroi pour écarter la plaie et faire hémostase. Polype du volume d'un œuf de pigeon fait saillie. Section du pédicule. Hémorragie assez abondante maîtrisée en passant deux points de catgut dans l'épaisseur de la paroi utérine. Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites simples.

Observation XI.

(Mocquot et Palmer, in *Paris médical*, 19 déc. 1936.)

Diagnostic et traitement des polypes intracavitaires de l'utérus.

Femme de 26 ans. Vient consulter pour ménorragies prolongées depuis six mois avec fléchissement de l'état général.

Examen : Utérus un peu gros et un peu dur.

Hystérographie : Large lacune arrondie à bords réguliers occupant la partie supérieure droite de la cavité utérine.

Intervention : Hystérotomie abdominale. Polype du volume d'un gros œuf de pigeon (histologiquement fibro-myome).

Suites simples.

Observation XII.

(Cotte et Pollosson, in *Revue franç. Gyn. Obst.*, oct. 1943.)

Hystérotomie pour polype intracavitaire.

Femme de 37 ans. Consulte pour stérilité.

Antécédents : Il y a onze ans, fausse couche de deux mois.

Hystérographie : Corne droite obstruée par polype.

Intervention : Laparotomie; utérus petit; isthme dur. On ne perçoit rien.

Hystérotomie : un polype du volume d'une cerise jaillit, comme s'il était sous pression. Sous le contrôle de la vue, la curette vide la corne utérine droite, où le polype s'implante. Le cathétérisme rétrograde de la trompe est alors facile. Il aurait été malaisé, sinon impossible et certainement dangereux, sur cet utérus petit et fermé, de pratiquer un curetage correct par voie basse.

Observation XIII.

(Cotte et Pollosson, in *Revue franç. Gyn. Obst.*, oct. 1943.)

Hystérotomie pour polype intracavitaire.

Femme de 40 ans. Vue pour des ménorragies profuses.

Examen : Gros utérus en rétroposition.

Hystérographie : Précisions insuffisantes. Il a été impossible de verrouiller l'isthme et d'éviter une fuite de lipiodol sur le col.

L'exploration utérine, après dilatation, montre l'existence d'une masse dure, arrondie, siégeant au fond de la cavité, vers la corne gauche. Son ablation aveugle par en bas semble difficile et dangereuse.

Intervention : Hystérotomie antérieure enlève un polype fibreux du volume d'une mandarine. L'exploration intra-utérine au doigt perçoit en plus un petit myome sous-muqueux de la paroi postérieure, qui avait, jusque-là, passé inaperçu. On l'enlève.

Péritonisation à la Pestalozza.

Observation XIV.

(Cotte et Pollosson, in *Revue franç. Gyn. Obst.*, oct. 1943.)

Hystérotomie abdominale pour polype intracavitaire.

Femme de 39 ans. Venue consulter pour ménorragies et stérilité secondaire.

Antécédents : Un enfant il y a onze ans.

Examen : Femme grasse; utérus globuleux. On pense à un fibrome du fond.

Un traitement au propionate de testostérone régularisant les pertes, puis celles-ci récidivent.

Hystérographie : Image d'utérus bifide; c'est dire la largeur d'implantation du polype fibreux sur le fond utérin.

Intervention : Utérus gros. La palpation perçoit nettement un petit fibrome intracavitaire. L'hystérotomie permet d'énucléer très aisément un polype fibreux mesurant 7 cm. × 4 cm. Volume d'une grosse prune, faisant saillie en battant de cloche dans la cavité utérine. L'énucléation ne provoque aucune hémorragie notable. Trompe gauche normale. A droite, salpingostomie.

Suites simples. Température à 38° durant trois jours, puis apyrexie définitive. La malade quitte la clinique le quinzième jour.

Observation XV.

(Cotte et Pollosson, in *Revue franç. Gyn. Obst.*, oct. 1933.)

Femme de 32 ans, ayant fait en janvier 1940 une fausse couche suivie de cinq accidents infectieux. Depuis ce moment, hémorragies à peu près continuelles.

Examen : Utérus globuleux donnant l'impression d'un utérus avec rétention placentaire. Température, 38°2.

Curetage : Cinq mois après la fausse couche, le 17 mai 1940, sous anesthésie générale, et après dilatation du col, on ramène quelques débris; mais, dès le premier coup de curette, hémorragie formidable, le sang s'échappant en jet rouge à travers le col. Aucune résistance de la curette au contact des parois utérines. Dans la crainte

d'un chorio-épithéliome, on fait immédiatement une laparotomie, non sans avoir laissé une pince de Museux à demeure sur le col pour faire l'hémostase de l'utérus.

A l'intervention : Utérus augmenté de volume; aspect extérieur normal. A la palpation, on n'individualise pas nettement de tumeur. Aussi, étant donné le jeune âge de la malade, on se refuse à faire une hystérectomie sans vérifier l'état de la cavité utérine. Hystérotomie exploratrice sur la face antérieure de l'utérus. Dans la cavité, on trouve un polype placentaire infarci du volume d'une noix très adhérent à la paroi. Après une ablation complète, l'hémorragie s'arrête.

Malheureusement, dès le lendemain, la température, qui était à 38° avant l'intervention, s'élève à 39°5, 40°, et la malade meurt le sixième jour d'une septicémie aiguë, malgré la sulfamidothérapie.

Observation XVI.

(Mocquot, *in* thèse Mme Gurly, Paris, 1947.)

Hystérotomie abdominale pour polype intra-utérin.

Femme de 45 ans. Vient consulter pour méno-métrorragies ayant débuté il y a quelques mois.

Pas d'antécédents gynécologiques.

Examen : Pertes légèrement sanguinolentes. Polype en début d'accouchement.

Utérus gros et régulier.

Intervention (M. Mocquot) : Hystérotomie abdominale médiane antérieure avec refoulement de la vessie. Section du pédicule.

Suites simples.

Observation XVII.

(Rosset et Darmaillacq, Soc. Gyn. Obst. Bordeaux, nov. 1947.)

Hystérotomie abdominale pour polype intra-utérin.

Jeune fille de 19 ans. Méno-métrorragies depuis un an. Pas d'antécédents gynécologiques.

Examen : Utérus de volume normal. Annexite bilatérale. Traitement physiothérapique inefficace. Ménorragies avec un état d'anémie aiguë nécessitant transfusion.

Hystérographie : Cavité utérine agrandie. Corne gauche : image lacunaire arrondie, du volume d'une petite mandarine, enchatonnée dans le muscle utérin et faisant corps avec lui.

Intervention : Laparotomie médiane. L'utérus est accroché par deux gros catguts passant sous chaque ligament rond. Au bistouri électrique, section médiane verticale de l'utérus. Ablation d'une tumeur fibreuse dont la configuration correspond exactement à l'image radiologique.

Suture de l'utérus au catgut n° 2 par des points croisés. Drain abdominal. Pénicilline.

Suites excellentes.

Observation XVIII.

(Cotte, *in* thèse Marsaud, Bordeaux, 1948.)

Hystérotomie abdominale pour polype intracavitaire.

Femme de 43 ans. Depuis six ans, métrorragies rebelles, leucorrhée. Depuis deux mois, douleur dans le bas-ventre avec irradiation dans les membres inférieurs. Dysurie.

Antécédents : Quatre enfants. Pas de fausse couche.

Examen : Gros utérus avec fibrome probable du fond.

Intervention : Sur la face antérieure de l'utérus existe un noyau sous-péritonéal du volume d'une petite noix. La palpation de l'utérus ne révèle aucun noyau net, mais, étant donné les pertes abondantes de la malade, on fait une hystérotomie exploratrice qui découvre largement la cavité utérine. Il existe au niveau de la corne utérine un petit polype fibreux qui flotte à l'intérieur de la cavité. Ablation. Nettoyage à la curette sur son point d'implantation. Appendicectomie. Fermeture totale.

Suites bonnes.

Observation XIX.

(Cotte, *in* thèse Marsaud, Bordeaux, 1948.)

Hystérotomie abdominale pour polype intracavitaire.

Femme de 38 ans. Depuis deux ans, ménorragies avec gros caillots.

Antécédents : Trois accouchements normaux, pas de fausse couche.

Intervention : Rachianesthésie. Utérus légèrement augmenté de volume. On ne perçoit rien à la palpation. L'hystérotomie pratiquée montre un fibrome sous-muqueux largement implanté au niveau du fond utérin, du volume d'une amande.

On l'enlève et on curette au point d'implantation.

Suture de l'utérus en deux plans. Pestalozza.

Suites bonnes.

Observation XX.

(Cotte, *in* thèse Marsaud, Bordeaux, 1948.)

Femme de 26 ans. Mariée depuis trois mois. Depuis, règles douloureuses et abondantes. Type 28/8. Désire un enfant.

Antécédents : Ni grossesse, ni fausse couche.

Polype intra-utérin enlevé par voie vaginale quelque temps auparavant.

Examen : Col irrégulier avec cul-de-sac postérieur douloureux. Utérus bosselé.

Malade très anémiée (2.500.000 G. R.). Deux transfusions sont faites.

Intervention : Pfannënstiel sous rachi-anesthésie. On trouve un peu de sang dans le ventre, des annexes saines, un utérus déformé. Palpation : on sent un noyau intracavitaire. Hystérotomie : polype sessile du fond, du volume d'une prune, dont la pointe est en voie de sphacèle; on l'enlève. Un doigt dans la cavité utérine vérifie l'absence de tout autre noyau. Fermeture en trois plans.

Suites normales.

CONCLUSIONS

I. — Les polypes fibreux intracavitaires relèvent d'une thérapeutique uniquement chirurgicale qui est l'exérèse par simple section du pédicule avec conservation de l'intégrité de l'appareil génital tout entier.

Diagnostic et traitement sont aisés lorsque le polype est accouché dans le vagin. Ils sont au contraire beaucoup plus délicats lorsque le polype est intracavitaire. Il faut donc épuiser toutes les ressources du diagnostic avant d'entreprendre l'acte opératoire proprement dit pour éviter qu'il ne soit excessif.

II. — Les moyens de diagnostiquer un polype fibreux intracavitaire sont :

1° *cliniques :* insuffisants; seul le toucher intra-utérin, manœuvre difficile et non usuelle, a une valeur révélatrice;

2° *complémentaires :*

a) l'hystérométrie, le plus souvent entravée par le polype lui-même;

b) l'hystéroscopie, peu usuelle, aveuglée par les gros polypes, ne montre que le polype de petite taille;

c) le curetage, n'a de valeur que pour l'examen histologique auquel il aboutit;

d) l'exploration radiologique de la cavité utérine opacifiée, est le moyen le plus précis et le plus fidèle par la combinaison des examens radioscopique et radiographique.

3° *l'exploration peropératoire* implique une laparotomie préalable et comporte d'abord la palpation attentive de l'uté-

rus et ensuite l'examen à ciel ouvert de la cavité utérine exposée par hystérotomie abdominale.

Cette exploration peut être réalisée par voie d'accès vaginale, mais les conditions de la palpation comme de l'inspection de la cavité utérine sont infiniment plus difficiles et l'exposition de cette cavité n'est jamais qu'imparfaite.

III. — Les conditions idéales d'exérèse du polype fibreux intracavitaire sont réalisées par l'hystérotomie abdominale :

1° Opération bénigne dans les conditions actuelles de perfection technique et de prévention contre les complications possibles : tant shock qu'infection.

2° Opération facile.

3° Opération radicale par la réalisation parfaite du traitement du pédicule du polype en cause et des autres polypes éventuellement découverts.

4° Opération idéalement conservatrice non seulement du point de vue anatomique, mais encore du point de vue fonctionnel, la femme se présentant sans aucun handicap devant l'éventualité d'une grossesse aussi bien que d'un accouchement ultérieur.

Ses indications sont étendues et ne comportent que quelques réserves. Les contre-indications sont rares :

— l'âge avancé de la malade; on pourra alors préférer une hystérectomie;

— la situation franchement mauvaise de la malade devant le traumatisme opératoire; on pourra alors opter pour une hystérotomie vaginale, mais seulement dans les conditions suivantes :

— polype bas situé et bas implanté;
— vagin praticable;
— utérus abaissable;

quant à l'infection, elle ne semblerait pas plus à redou-

ter dans l'hystérotomie abdominale qu'elle ne l'est couramment dans l'hystérectomie subtotale, où l'on ouvre en plein péritoine le segment le plus septique de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, le risque d'infection du péritoine n'est en réalité pas plus grand que dans l'hystérotomie vaginale où le cul-de-sac vésico-utérin est presque fatalement ouvert.

IV. — Dans ces conditions, en présence d'un polype fibreux intracavitaire, nous pensons que :

1° l'hystérotomie abdominale, argument suprême de certitude dans le diagnostic, est « la plus haute expression de l'exploration de la cavité utérine »;

2° l'hystérotomie abdominale conduit à la thérapeutique idéale, puisque radicale à l'égard de la lésion; elle est intégralement conservatrice à l'égard des organes et de leur fonction.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
A. CHARRIER.

Vu : *Le Doyen,*
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 juillet 1948.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Bégouin (P.) et Mathey-Cornat (R.). — Hystérographie et salpingographie dans un cas de fibrome utérin de diagnostic difficile. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, t. XVI, 1927.

Bonneau (R.). — Hystérotomie pour perforation utérine. Société des chirurgiens de Paris, 15 avril 1932.

Carpentier (G.). — Traitement chirurgical de gros polypes sphacélés de l'utérus. Thèse Nancy, 1935.

Chalier (A.). — Extirpation par hystérotomie d'un myome intra-utérin chez une femme stérile. Grossesse consécutive. Société de chirurgie de Lyon, séance du 15 avril 1943; in *Lyon chirurgical*, mars-avril 1944, p. 212-213.

Chalier (A.) et Convert (P.). — Violentes hémorragies après myomectomie liées à la persistance d'un gros polype intracavitaire. Société de chirurgie de Lyon, séance du 22 février 1945; in *Lyon chirurgical*, sept.-oct. 1945, p. 634-637.

Chichcoff (F.). — Dégénérescence maligne de polypes utérins. Thèse Bordeaux, 1932.

Cotte (G.). — Le radio-diagnostic en gynécologie. *Gyn. et Obst.*, n° 3, sept. 1939.

— Sur un cas de grossesse après myomectomie et ouverture de la cavité utérine. In *Lyon chirurgical*, 1944.

Cotte (G.) et Pollosson (E.). — L'hystérotomie abdominale. *Revue franç. de Gyn. et Obst.*, n° 10, oct. 1943.

Coulombeix (J.). — Diagnostic et traitement des polypes fibreux intracavitaires. Thèse Paris, 1937.

Dor (J.). — Polype intra-utérin. Radiodiagnostic lipiodolé. *Bull. Mém. Soc. de chir. de Marseille*, avr. 1933.

Ducuing (J.). — Le fibro-myome utérin. Masson, édit., 1946.

Eymard (P.). — Indication du traitement chirurgical dans les énormes polypes sphacélés de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1931.

Forgue (E.) et Massabuau (G.). — Gynécologie. Tr. de chir. Le Dentu-Delbet, t. XLIII, 1927, p. 261-358.

Gaillard-Thomas. — Diseases of women, 1872, p. 343.

Grandclément (B.). — Des polypes fibreux à implantation intracavitaire et leur relation avec la puerpéralité. Thèse Lyon, 1922.

Gurly (Mme). — L'hystérotomie vaginale. Thèse Paris, 1947 (exempl. dactylographié).

Haultain (H.). — Hystérotomie abdominale pour inversion chronique de l'utérus. Relation de trois cas. *Edimbourg Med. Journal*, déc. 1908.

Keller (R.). — Chirurgie conservatrice des fibromes de l'utérus. *Revue franç. Gyn. et Obst.*, avr. 1943.

Labry (R.). — Polypes fibreux méconnus avec métrorragies rebelles. Soc. de chir., 3 avr. 1941, in *Lyon chirurgical*, 1941, t. 37, p. 348.

Laffont (A.) et Bonafos (M.). — Examen et méthodes d'exploration en gynécologie. Encyc. méd.-chir., 2e éd., déc. 1934, chap. IV, p. 10-12.

Lapeyre (N.-C.). — L'hystérographie. *L'Orientation médicale*, n° 9, nov. 1935.

— Hystérographie des polypes fibreux cavitaires. *Montpellier médical*, mars 1936, p. 111.

Lonjon (P.) — L'exploration de la cavité utérine dans le diagnostic gynécologique. Thèse Montpellier, 1931.

Massabuau (G.) et Guibal (A.). — La thérapeutique conservatrice en gynécologie. Rapport VIIIe Congrès gyn. et obst., Paris, 1933.

Marsaud (J.-M.). — De l'hystérotomie abdominale. Thèse Bordeaux, 1948.

Mocquot (P.). — Polype intracavitaire de l'utérus enlevé par hystérotomie abdominale. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 9 nov. 1936.

Mocquot (P.) et Palmer (R.). — Diagnostic et traitement des polypes intracavitaires de l'utérus. *Paris médical*, 19 déc. 1936.

Mocquot (P.). et Rudler (J.). — Hystérotomie abdominale pour ablation de polype intracavitaire. *In* Traité de techn. chir., t. III, fasc. 2, p. 826-827, avec 2 fig., Masson, édit. 1942-1944.

Musset (R.). — L'hystérotomie abdominale comme méthode d'interruption de la grossesse avant la période de viabilité du fœtus. Thèse Paris, 1943.

Pestalozza. — Cura chirurgica della retroflessione uterina : isteropasipelvica. *Atti di Soc. Ital. de Obst. et Gyn.*, 1912.

Polosson (E.). — Le traitement chirurgical des fibro-myomes utérins. In *Questions gynécologiques d'actualité*, t. IV, 1945.

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie. Masson, édit., 1892.

Renaud (B.). — Utilisation du péritoine vésico-utérin dans l'hystéropoxie et la péritonisation du petit bassin. Thèse Lyon, 1938-1939.

Salasc (J.). — L'hystérotomie abdominale. In *Gyn. et Obst.*, janv. 1948, p. 78-79.

Sauvé (L.). — Hystérotomie exploratrice. *Bull. et Mém. Soc. nat. chir.*, séance du 29 mai 1935, p. 746-747.

Schmidt (H.). — Frühdiagnose des chorionem epithelioms durch abdominale hysterotomie. *Zendralblatt für Gynäkologie*, t. III, n° 25, 22 juill. 1929.

Solar (R.). — Les infections accidentelles au cours de l'hystérographie. *Revue franç. Gyn. et Obst.*, t. XXXI, 1935.

Tourneux (P.). — Polypes muqueux de l'utérus. *Concours médical*, 26 déc. 1920.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	11
Exposé du plan	14
Observations originales inédites de base	16
Les polypes fibreux intracavitaires (rappel d'ensemble)	21
L'hystérotomie abdominale	32
Considérations sur l'hystérotomie abdominale (étude critique)	36
Résumé des observations recueillies dans la littérature	46
Conclusions	55
Bibliographie	59

Dépôt légal effectué en 1951 (3e trimestre).

25716. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). 1951.